



Yuma Regional Medical Center • 2400 South Avenue A • Yuma, AZ 85364
Health Records Department • (928) 336-7017 • Fax (928) 336-7154
Authorization to Release Protected Health Information

I authorize Yuma Regional Medical Center to disclose protected health information ("PHI") from the health records of:

Patient Name: _____ Date of Birth: _____
Mailing Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Date of Request: _____ Medical Record Number (if known): _____

I authorize YRMC to release PHI [] For service from _____ (date) to _____ (date) OR [] For this single event _____ (date).

Release To:

[] Self [] Spouse (Name): _____ [] Dr. (Name): _____

[] Others (individual name(s) or class of individuals): _____

Mailing Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

Purpose for Disclosure: _____

How would you like to receive the information: [] Mail [] Fax [] Pick up

Specific description of PHI to be disclosed:

- [] Emergency Room Visit - Date: _____
[] Complete Health Record - Starting Date: _____
[] Labs Report - Date: _____
[] Financial Records: _____
[] Inpatient Visit - Date: _____
[] X-ray Report - Date: _____
[] Digital CD available with images (if pertains)
[] Observer (patient procedure)
[] Other: _____

UNLESS I have checked the box AND initialed the item(s), I authorize the provider to use or disclose information related to the following:

- [] Genetic Testing Information initial _____ [] Behavioral Health Care/Psychiatric Care/Mental Health Information initial _____
[] Alcohol and/or Drug Abuse Treatment initial _____ [] AIDS/HIV and other communicable diseases initial _____

I understand that the Hospital will not condition treatment on my signing this authorization. The Hospital will not deny me treatment if I do not sign this form. I may refuse to sign this authorization form.

This authorization is subject to revocation at any time in writing to the hospital at the address located at the top of this form, except to the extent that entity, which is to make the disclosure, has already taken action in reliance on it. If not previously revoked, this authorization will terminate in one year or upon the following date, event, or condition:

[] Date: _____ OR [] Event: _____ OR [] Condition: _____

I understand that, if this information is disclosed to a third party, the information may no longer be protected by the federal privacy regulations and may be redisclosed by the person or organization that receives the information.

I understand the matters discussed on this form. I release the provider, its employees, officers and directors, medical staff members, and business associates from any legal responsibility or liability for the disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein. Hospital will validate signatures and retain copies of all authorizations for six years.

Signature of Patient

Date

Witness - YRMC Employee

Employee ID #

Signature of Legal Healthcare Decision Maker

Relationship to Patient or Description of Authority to Act for Patient

Table with 5 columns: RID #, MR #, Acct(s)#, I D ck'd by, Date Released



Yuma Regional Medical Center • 2400 South Avenue A • Yuma, AZ 85364
Departamento de Registros Médicos • (928) 336-7017 • Fax (928) 336-7154
Autorización para entregar información médica protegida

Autorizo a Yuma Regional Medical Center para que divulgue la información de salud protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés) de la historia clínica de:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Autorizo a YRMC para que divulgue la PHI para servicios desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha) **O**

para esta única oportunidad _____ (fecha).

Divulgar a:

Paciente **Cónyuge (Nombre):** _____ **Dr. (Nombre):** _____ **Terceros**

(nombre o tipo de personas): _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____ Propósito de la divulgación: _____

Como le gustaria recibir, por: Correo Fax Recoger

Descripción específica de la PHI que se divulgará:

Visita a la Sala de Urgencias – Fecha: _____

Hospitalización – Fecha: _____

Historia clínica completa – Fecha de inicio: _____

Informe de radiografías – Fecha: _____

Informe de laboratorio – Fecha: _____

CD digital disponible con imágenes (en caso de que corresponda)

Registros financieros: _____

Observador (procedimiento del paciente)

Otros: _____

A MENOS QUE haya marcado el cuadro Y haya puesto mis iniciales en alguna de las opciones, autorizo al proveedor para que use o divulgue la información que se relacione con lo siguiente:

Información de pruebas genéticas **inicial** _____ Atención de salud conductual/Atención psiquiátrica/Información de atención mental **inicial** _____

Tratamiento contra el abuso de alcohol y/o drogas **inicial** _____ SIDA/VIH y otras enfermedades transmisibles **inicial** _____

Comprendo que el hospital no condicionará el tratamiento a mi firma de la presente autorización. El hospital no me negará el tratamiento si no firmo este formulario. Puedo negarme a firmar este formulario de autorización.

Esta autorización se encuentra sujeta a revocación en cualquier momento excepto en la medida en que la entidad, que debe hacer la divulgación, ya haya tomado medidas basándose en ella. A menos que se revoque previamente, ésta expirará en la siguiente fecha, evento o condición:

Fecha: _____ **O** Evento: _____ **O** Condición: _____

Comprendo que, si esta información se divulga a un tercero, puede que la información ya esté protegida por los reglamentos federales de privacidad y es posible que sea divulgada de nuevo por la persona u organización que recibió dicha información.

Comprendo los temas analizados en este formulario. Eximo al proveedor, sus empleados, funcionarios y directores, miembros del personal médico y socios comerciales de toda responsabilidad u obligación legal por la divulgación de la información señalada anteriormente según lo indicado y autorizado en la presente. El hospital verificara las firmas y retendrá copias de todas las autorizaciones durante seis años.

Firma del paciente _____
Fecha _____
Testigo – Empleado de YRMC _____
Nº de identificación del empleado

Persona responsable por tomar decisiones sobre la atención médica _____
Relación con el paciente o descripción de la autoridad para actuar por el paciente

La siguiente sección se debe llenar cuando el empleado de YRMC NO esté presente.

Estado de Arizona; Condado de Yuma

Suscrito y jurado (o declarado) ante mí el día _____ de _____ de 20_____.

 Firma del notario

 Mi mandato vence

Hospital Use Only:					
RID # _____	MR # _____	Acct(s)# _____	ID ck'd by _____	Date Released _____	